

取扱注意 秘密情報

決 裁 令 和 年 月 日

健 保 使 用 欄	受 付	登 録	常務理事	事務長	関係者	担 当
			受付番号	NO. 1 -		
	再生紙（裏紙）での申請は不可		円	台帳記入	平成 年 月 日	
	資格取得	令和 平成 年 月 日	資格喪失	平成 年 月 日		

健康保険 家族 出産育児一時金 支給申請書
(直接支払制度を利用しない場合)

中部電力健康保険組合 常務理事 殿 令和 〇〇 年 5 月 15 日 届出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等	記号	1		会社名・所属	〇〇 (株) △△支店××部××G			
		番号	12345		連絡先	☎ ×××-××××-××××			
	被保険者氏名	健保 太郎							
	分娩した者の氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成 4 年 7 月 7 日	続柄	妻		
	分娩年月日	令和 〇〇 年 5 月 5 日			妊娠	10 ヶ月 ・ 40 週			
	生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		「生産」の場合 出生児数	1 児	「死産」の場合 死産児数	児		
	*分娩者が当組合の資格を 取得(喪失)して6ヶ月未 満であれば、以前(現在) 加入の健康保険を記入	名称(健康保険組合名等) / 国民健康保険加入の場合は国民健康保険と記入							
		〇〇〇〇健康保険組合(国民健康保険組合)							
		記号	666	番号	77777	氏名	健保 花子		
		TEL (0 5 2) 0 0 0 - 0 〇 〇 〇							

当組合の資格を取得して6ヶ月未満の場合
は以前加入の健康保険をご記入ください。

※証明は「医師・助産師」もしくは「市町村長」のどちらか一方で可

証 明 者 が 記 入 す る と こ ろ	分娩年月日	令和 〇〇 年 5 月 5 日	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
	生産死産の別	生産 死産 (妊娠 ヶ月 ・ 週)	備考		
	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 〇〇 年 5 月 10 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				
	名古屋市〇〇区××町△番地 東レディースクリニック 院長 東 五郎				
	筆頭者氏名	健保 一男	本籍	愛知県名古屋市〇〇区△△町××1丁目2-3	
	出生児氏名	健保 一郎		年 5 月 7 日 年 5 月 5 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します 令和 〇〇 年 5 月 10 日 市区町村長名				
	名古屋市長 名古屋 太郎 印				

必ずどちらか一方の証明が必要です。

◎*の部分について

- ①家族出産育児一時金を請求する場合に分娩者の旧被保険者等について記入。(前加入健保の不支給証明添付)
②出産育児一時金を中電健保資格喪失者(退職後6ヶ月以内)が請求する場合は、現在加入している(被扶養者として)健康保険被保険者等について記入。(現在加入健保の不支給証明添付)
◎医療機関等から交付される代理契約に関する文書(合意文書)のコピーおよび費用の内訳を記した領収・明細書(直接支払制度を利用しない旨の記載および産科医料補償制度加入機関での出産の場合はそのスタンプ押印のあるもの)のコピーを添付してください。